

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na ESF Susana, Lagoa Vermelha/RS

Rebeca Cristina Lopez Santallana

Pelotas, 2015

Rebeca Cristina Lopez Santallana

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na ESF Susana, Lagoa Vermelha/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mônica Bergman Correia Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S232m Santallana, Rebeca Cristina Lopez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na ESF Susana, Lagoa Vermelha/RS / Rebeca Cristina Lopez Santallana; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Vohlbrecht, Monica
Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, filhos, netos e toda minha família que com muito carinho e apoio não mediram os esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradecimentos

A Deus por seu infinito amor de ter me concedido momentos de paz e luz, o que favoreceu a elaboração deste triunfo.

Agradeço a meus pais que sempre me incentivaram na arte de viver com sabedoria.

A meus filhos e netos que em muitos momentos tive que privá-los de minha presença.

A toda minha equipe em especial a minha enfermeira Juliana por se ajuda incondicional.

A todas as mãos que se estenderam em minha direção me ajudando no caminho deste projeto, em especial a minha orientadora Mônica.

Resumo

SANTALLANA, Rebeca Cristina López. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na ESF Susana no Município Lagoa Vermelha/RS**. 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O cuidado com a saúde, o conhecimento do processo de envelhecimento e o controle das doenças representam fatores importante para um envelhecimento saudável. Envelhecer é um processo natural gradativo e contínuo, que começa no nascimento e se prolonga por todas as fases da vida. O declínio de várias funções do corpo humano em decorrência de idade não é considerado como doença, à medida que envelhecemos, nosso corpo sofre alterações notáveis, com deterioração das funções físicas e mentais. Nossa unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família (ESF) Suzana tem uma população de aproximadamente 5.000 habitantes e um total de 569 usuários idosos, ao início da intervenção a equipe não tinha conhecimento do total de usuários idosos e seus fatores de risco, assim como não conhecia o total de acamados e/o com problemas de locomoção, os usuários não tinham cadernetas de saúde, além disso, a unidade de saúde apresentava deficiências com os registros, por todas estas razões senti a necessidade de fazer uma intervenção com esse grupo etário, que estava precisando de um atendimento diferenciado, modificando modos e estilos de vida com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde e dos serviços prestados aos usuários idosos, os quais foi cumprido, apesar de todos os indicadores não estarem em 100%. É importante destacar que alcançamos 100% (569) dos usuários idosos cadastrados em quatro meses de intervenção. Além disso, intervenção realizada exigiu que a equipe que se capacitasse, promoveu um trabalho integrado da equipe levando a realização de outras atividades como acolhimento, palestras, atividades culturais e desportivas com os usuários participantes da intervenção, seus familiares e, em geral, a comunidade. Notou-se satisfação com a intervenção o que foi possível pela união da equipe com ajuda das agentes comunitárias da saúde (ACS) os gestores e as lideranças comunitárias, tudo isto permitiu melhora dos serviços com um maior número de atendimentos e uma atenção mais qualificada, otimização de agenda para atenção a demandas espontâneas, melhorou os registros e a realização de um

trabalho organizado sistematizado e integrado que permitiu a incorporação do projeto a rotina dos serviços e a realização de outras ações programáticas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde do Idoso na unidade de saúde.	35
Figura 2	Gráfico: Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional rápida em dia.	36
Figura 3	Gráfico: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	36
Figura 4	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Popular priorizada.	37
Figura 5	Gráfico: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	38
Figura 6	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos.	39
Figura 7	Gráfico: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	40
Figura 8	Gráfico: Proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia.	41
Figura 9	Gráfico: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	42
Figura 10	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	43
Figura 11	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	44
Figura 12	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	44
Figura 13	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.	45
Figura 14	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	46
Figura 15	Gráfico: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	46

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAPS	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
TA	Tensão Arterial
PSA	Antígeno específico da próstata
IMC	Índice de Massa Corporal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
HIPERDIA	Programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2. Análise Estratégica	17
2.1 justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores.....	36
2.3.3 logística	41
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	50
4. Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Anexos	73

Apresentação

Neste volume venho apresentar o trabalho feito para Conclusão do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, o qual refere-se a uma intervenção feita aos usuários de mais de 60 anos de idade de nossa unidade de saúde ESF Suzana durante 16 semanas.

O referido trabalho foi planejado e desenvolvido com o objetivo de melhorar a saúde dos usuários idosos de nossa área de abrangência, o qual exigiu capacitação dos profissionais da saúde e permitiu um maior relacionamento entre a equipe, os usuários participantes da intervenção, os gestores, as lideranças comunitárias e a comunidade.

No início da intervenção foi feita uma análise situacional, apresentada no primeiro capítulo desse volume, após foi realizada a análise estratégica de nossa unidade de saúde que é destacada no segundo capítulo. No terceiro capítulo do volume é apresentado o relatório de intervenção, com as ações previstas desenvolvidas e não desenvolvidas, posteriormente foi avaliado aspectos relativos a coleta e sistematização de dados, além da possibilidade de introdução da intervenção na rotina de trabalho diário da unidade.

Além disso, foi feita uma avaliação da intervenção, a qual consta da análise dos resultados com posterior discussão, sendo apresentada no capítulo 4 desse volume. Com a finalização da intervenção realizou-se o relatório para a comunidade (capítulo 5) e um para os gestores (capítulo 6), e para finalizar foi solicitado uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, apresentada no capítulo 7. Por fim estão apresentadas as referências e anexos do trabalho desenvolvido.

Levando em conta a satisfação da equipe, dos usuários da intervenção e da comunidade com os resultados da intervenção, estamos em condições de

incorporar a intervenção aos serviços da saúde prestados na unidade, incorporando outras ações programáticas em nosso trabalho diário.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na ESF Suzana, essa foi construída em 2008 na área urbana para ser uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Há 72 meses que está funcionando como UBS tradicional, vinculada com a prefeitura, sem vínculo com instituições de ensino, atende nos dois turnos de trabalho, das 8 às 12 da manhã e das 13 às 18 horas. Tem uma área de abrangência de aproximadamente 5.000 habitantes. Foi cadastrada pela última vez em 2011, não atingindo 100% de cadastro da população, por deficiência no número de agentes de saúde. A equipe desta unidade está composta por três médicos: dois médicos generalistas e um pediatra, tem um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, uma agente comunitário de saúde e um auxiliar de limpeza.

Nossa unidade tem sala de espera com cadeiras adequadas para 20 pessoas, uma área para pessoas com deficiência física e motora, três banheiros, dois consultórios médicos, um ambiente para exame citopatológico de colo de útero, uma sala de reuniões, onde são feitas as palestras e outras atividades de prevenção e promoção de saúde, um local de procedimentos de enfermagem, um ambiente para esterilização, uma cozinha, um ambiente para depósito de material de limpeza e depósito de resíduos, uma sala de farmácia com pouca dimensão, sendo que é onde se encontra o arquivo para prontuários, não contamos com sala de nebulização, este procedimento se faz no mesmo local dos procedimentos de enfermagem, dificultando o bom trabalho dos profissionais de enfermagem e pouca privacidade do usuário, todos os ambientes tem boas condições de ventilação e iluminação, tem janelas que facilitam a manipulação, segurança e privacidade, as portas tem passadores adequados para manipulação de pessoas deficientes, os

pisos são laváveis, as paredes não tem pintura laváveis, tem identificação em todos os ambientes

1.2 Relatório da Análise Situacional

Lagoa Vermelha é um município Brasileiro situado na região nordeste do estado Rio Grande do Sul, nos campos de Cima da Serra, sua população de acordo com a estimativa de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é de 27.525 habitantes. Tem sede em passo fundo que fica a 100 km de distância e a 320 km da capital do estado, não apresenta disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Tem disponibilidade de atenção especializada com um hospital e dois laboratórios com disponibilidade de exames complementares. Pelo SUS tem cinco UBS na zona urbana, sendo que destas, uma atende a população rural.

Foi realizado um levantamento das necessidades de ampliação de nossa UBS e foi aprovado na prefeitura o pressuposto para reforma da unidade que será feita nos meses de dezembro–janeiro. Instalaram corrimãos nos corredores, pintura lavável, em toda a unidade se habilitará um ambiente para nebulização, já temos cadeira de roda para o transporte de usuários deficientes ou aqueles que por sua doença o necessitem, instalação de um bebedor perto ao salão de palestra; foi aprovado a aquisição de cinco aparelhos de ar condicionado para climatização dos ambientes e um terreno perto a unidade para atividades desportiva com os grupos. Faz duas semanas que se iniciou o projeto de nossa unidade que se chama “*Deixando a fluoxetina*” com a realização de artesanato e diferentes tipos de jogos. A Secretaria de Saúde fez aquisição dos insumos para a confecção dos jogos para esse projeto.

A área de abrangência de nossa UBS é aproximadamente 5.000 habitantes, sendo que predominam as pessoas de 20 anos ou mais no sexo feminino. Não posso fazer um perfil demográfico com dados fidedignos por não ter cadastrada toda a população por insuficiência de ACS. Já foi feita a seleção e ainda terão que fazer o curso de capacitação.

Nossa equipe de saúde atua com a realização de ações coletivas de promoção e prevenção, no cuidado individual e familiar, ainda atendemos as necessidades de saúde de forma integral, muitas vezes com acolhimento a situação

demandada e a continuidade no cuidado. Na recepção acontece o primeiro contato de acolhimento do usuário, é onde se classifica, qual atendimento é imediato, qual é prioritário e qual atendimento no dia, o acolhimento é feito por enfermeira e técnico de enfermagem e depois pelos médicos todos os dias nos dois horários. Tem situação que precisa de cuidado que não é possível na recepção, por isso é necessário um espaço adequado para escutar, analisar e definir a oferta de cuidado com base nas necessidades de saúde, depois dessa análise foi selecionado o salão de reuniões para acolhimentos de usuários que necessitem privacidade para suas necessidades sentidas, não temos excesso de demandas, por que trabalhamos com dois médicos geral integrais, todos os dias e um pediatra duas vezes por semana, temos dificuldades com os indicadores de qualidade por não ter cadastrada toda a população, ainda não temos o dado quantitativo de gestante de nossa área de cobertura, elas são atendidas por dois ginecologistas que trabalham no ambulatório, por isso não foi possível preencher o caderno de ações programáticas, todavia em nossa UBS se dá atendimento a gestantes, temos seis em controle e cinco com acompanhamento. Elas são atendidas pelos ginecologistas por ser gestantes de risco.

A enfermeira terminou o curso “rede de cegonha” e tem planejado muitas atividades junto com a equipe para incorporar todas as gestantes a nossa unidade. Vai ser feita uma reunião com os ginecologistas e médicos gerais para analisar o protocolo de atendimento. Temos que ter uma boa comunicação com os ginecologistas para que eles encaminhem para as unidades de saúde as gestantes sem riscos e temos que conhecer as de risco para dar acompanhamento. Temos uma estimativa de 75 gestantes e só conhecemos 11 devido a deficiências de agentes comunitários de saúde, as crianças são atendidas pelo pediatra duas vezes por semana e pelos médicos gerais quando estão doentes, temos uma estimativa de 48 crianças de 0 a 72 meses predominando o sexo feminino com vacinas atualizadas e teste de pezinho. Não temos controle de triagem auditiva.

Fazemos palestras sobre aleitamento materno e atividades de promoção e prevenção da saúde da criança, todas as quintas pela manhã na recepção da UBS com as mães que esperam atendimento de suas crianças para o pediatra. Necessitamos de agentes comunitários de saúde para o cadastro de 100% das gestantes e crianças de nossa área de cobertura.

Em nossa unidade se dá atendimento as doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial todos os dias, nos dois horários e se programa a próxima consulta, mas não temos um controle de seguimento, a estimativa de usuários não é adequada a realidade, porque não temos controle do total de usuários com doenças crônicas em nossa área por não estar cadastrada toda a população. Temos que cadastrar 100% dos usuários com doenças crônicas e fazer um registro com nome e sobrenome, idade, endereço, doença, data de consulta e data da próxima consulta e aos casos faltosos ou que não assistam a consulta programada fazer visita domiciliar para controle e seguimento. Temos formado os grupos e um dia da semana se dá atenção, que são as terças-feiras à tarde, muitos deles estão incorporados a grupos de atividades físicas, dança e artesanato.

As quintas-feiras de manhã fazemos coleta de exame citopatológico, é feito pela enfermeira de forma oportuna e organizada, os dados são registrados em um livro de controle. Quando temos resultados alterados, a enfermeira agenda consulta imediatamente e se necessário são encaminhados aos especialistas com acompanhamento por equipe de saúde. Os indicadores de qualidade não são bons porque não temos cadastrada toda a população, incluindo as mulheres em idade fértil, destaca-se que é muito importante o “Outubro Rosa”, nesse momento foi feito exame de mama e citopatológico de colo de útero na maioria de mulheres em idade fértil e muitas atividades de promoção e prevenção de câncer de colo de útero e mama. Não temos protocolo de atendimento do câncer de mama e não temos controle da realização das mamografias por que não conhecemos todos os casos de riscos ou positivos. Já foi orientado pela direção de saúde municipal um controle digitalizado das mamografias com seguimento periódico. Este controle é muito importante para conhecer os casos de risco, positivos e faltosos, só necessitamos de ACS para garantir 100% do cumprimento do programa e seguimento dos casos, além disso, temos que realizar protocolo de atendimento.

Com relação à ação programática voltada aos hipertensos e diabéticos, temos uma cobertura de 88% para hipertensos, sendo que 985 usuários acompanhados dos 1.119 estimados para a área. Já para diabéticos, no momento apresentamos uma cobertura de 69 %, com 220 usuários acompanhados dos 320 estimados. Nota-se com a avaliação feita que a atenção prestada a esse público está bem, já que 100% dos que estão sendo acompanhados para HAS e DM estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames

complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Com relação ao atendimento específico para os usuários com DM observou-se que 100% dos acompanhados estão com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. É importante destacar que a saúde bucal é que o indicador de qualidade que mais precisa ser qualificada na atenção destinada aos HAS e/ou DM.

A vida passa por muitas fases desde o nascimento a chegar ao envelhecimento, processo inexorável de chegar as capacidades físicas e mentais que afetam a todas as pessoas, por isso eles merecem amor, compressão e respeito, a equipe de saúde de nossa UBS escuta todas as necessidades sentidas dos idosos, dá acolhimento, acompanhamento, atenção ao grupo, palestras com orientação sobre prevenção de doenças, cuidado com os acidentes, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e a importância de ampliar a rede social entre outras, temos incorporado 52 idosos nos grupos de atividades físicas, dança, jogos e artesanato.

O trabalho em grupo é um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações incomuns vivenciadas no dia-a-dia que eleva a autoestima, possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo espaço complementar da consulta individual de informação, oferecimento de orientação e educação em saúde, necessitamos de ACS para o cadastramento da população com mais de 60 anos em nossa área de abrangência para incorporá-los aos grupos.

O maior desafio é não ter agentes de saúde em todos os bairros, só temos uma para uma população de 5.000 habitantes, o que dificulta o bom trabalho por não ter cadastrada toda a população, não conhecemos o total de gestantes, crianças, idosos, o total de usuários com doenças crônicas e pouco controle do câncer de colo de útero e mama.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Depois de haver preenchido os questionários de ações programáticas muitas coisas mudarão, como:

- 1- Aprovação de pressuposto para remodelação da unidade.
- 2- Foi orientado a compra de ar condicionado para climatização dos ambientes no prazo de um mês.
- 3- Já contamos com cadeiras de roda para o traslado do usuário.
- 4- Terreno para atividades desportivas dos grupos.
- 5- Ampliação dos distintos grupos – idosos, doenças crônicas, gestantes e crianças, grupos de mulheres e homens.
- 6- Projeto “Deixando a fluoxetina” com artesanato e diferentes tipos de jogos com apoio da direção de saúde municipal na compra de material é necessário.
- 7- Já temos controle de mamografias, mas ainda não temos protocolo de atendimento.
- 8- Atendimento a gestantes apesar dos indicadores de quantidades serem poucos.

Ainda temos dificuldades que serão superadas quando cada bairro tenha agentes de saúde, além disso, temos que fazer mais ações de saúde de acordo as deficiências encontradas.

Com o desenvolvimento da análise dos questionários e a realização das ações programáticas, melhoramos a realização da avaliação multidisciplinar rápida e risco para morbimortalidade em dia e avaliação da fragilidade na velhice, onde foram feitas orientações nutricionais para hábito saudável, atividade física regular e avaliação de saúde bucal em dia, além disso, com ajuda das lideranças comunitárias realizamos cadernetas de saúde para pessoa idosa.

Destaca-se como comparativo do texto inicial com o da análise situacional é que mudou a visão sobre a unidade e o processo de trabalho. Após realizar esse levantamento com o caderno de ações programáticas preenchido a equipe pode observar de maneira efetiva como está o diagnóstico de saúde da comunidade atendida, o que conota melhor análise das ações que devem ser realizadas a partir de então.

2. Análise Estratégica

2.1 justificativa

O foco escolhido para a intervenção foi Saúde do Idoso visto que o Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, em 2010, a população Brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade ≥ 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE, 2012).

A importância de atendimento do idoso tem como objetivos e metas: a) fazer um diagnóstico das condições funcionais dos idosos; b) identificar os idosos fragilizados; c) melhorar o acesso dos idosos aos serviços de saúde; d) qualificar o atendimento clínico dos profissionais da rede municipal; e) reduzir a mortalidade prematura causada por doenças agudas e crônicas; f) reduzir as internações hospitalares evitáveis dos idosos; g) promover melhora da qualidade de vida; h) definir as atribuições da equipe de saúde da família na atenção ao idoso; i) definir o tratamento especializado do idoso.

Nossa equipe de Saúde da Família atende em 2 turnos de trabalho em horário integral e está composta por três médicos, sendo dois clínicos gerais e um pediatra, duas vezes por semana, um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, um agente comunitário de saúde e um auxiliar de limpeza.

Nossa população tem cobertura aproximada de 5.000 habitantes e tem uma estimativa de 685 pessoas com 60 anos e mais, acompanhadas em nossa UBS 548 para um 80%, a qualidade da atenção à saúde tem melhorado muito desde o início da atenção diferenciada com esse grupo de pessoas e pôs as ações de promoção que são desenvolvidas em nossa UBS como: atividades culturais, leituras,

recreação manual, palestras, jogos, atividades físicas. Agendamos consultas todas as segundas e quartas-feiras à tarde para esse grupo de pessoas, se dá atendimento às necessidades sentidas pelos idosos.

Em nossa UBS toda a equipe está envolvida no trabalho com o grupo de pessoas da terceira idade garantindo um bom atendimento. O trabalho de intervenção é muito importante porque em nossa UBS nos é permitido melhorar o atendimento desse grupo de pessoas que eram menos valorizadas e permitiu aumentar a autoestima dos idosos, mudar estilos de vida e alcançar que se sintam valorizados. Temos que incentivar os idosos a manter em sua rotina atividades sociais através do trabalho em grupo, o convívio social, promover a participação do grupo da terceira idade em atividades culturais e artísticas, criar atividades que melhorem a qualidade de vida da terceira idade como, por exemplo, trabalhos manuais e atividade física, divulgar os trabalhos desenvolvidos nos grupos, continuar proporcionando palestras. A limitação de ter apenas uma agente comunitária de saúde poderá influenciar no cumprimento de nossos objetivos e metas.

2.2 Objetivos e metas

A ação programática escolhida para a intervenção é sobre saúde do idoso. Para fazer uma boa intervenção temos que refletir sobre os objetivos e metas para o desenvolvimento das ações que melhorem os indicadores deste programa. Assim a seguir são abordados o objetivo geral e os específicos do projeto de intervenção.

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na ESF Suzana, Lagoa Vermelha/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de ESF Suzana. Participarão da intervenção enfermeira, médico, técnico de enfermagem, ACS, líderes da comunidade e os idosos, que engloba as pessoas acima dos 60 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº13 – Saúde do Idoso (Brasil, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Todas as semanas a médica da unidade verificará a cobertura através da planilha de coleta de dados fornecida pela UFPel.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Acolher os idosos.

Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Diariamente os idosos serão acolhidos pela técnica de enfermagem que verificará os sinais e encaminhará esses usuários a médica, a qual fará o cadastramento do idoso na ficha-espelho. Para ter a certeza de que todos os usuários idosos serão cadastrados, nas primeiras semanas da intervenção os agentes comunitários farão um levantamento da área para saber quantos e quem são esses indivíduos na área de abrangência da unidade, sendo que essa listagem servirá para o monitoramento dos usuários que ainda não receberam o atendimento conforme o preconizado.

Quinzenalmente a enfermeira da unidade irá atualizar os registros do SIAB.

Eixo engajamento público

Ações:

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Na sala de espera da unidade serão colocados cartazes informativos, confeccionados pela médica para informar o usuário e comunidade sobre o acompanhamento dos idosos.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos para os idosos será realizada na própria unidade, sendo que serão realizadas reuniões com o objetivo de discutir o protocolo. A cada semana um profissional ficará encarregado de conduzir a discussão começando com a médica da unidade. Além disso, na primeira reunião será estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, sendo que o médico ficará responsável pelo cadastramento e atendimento clínico, assim como o monitoramento semanal das atividades da intervenção. A enfermeira ficará responsável por atualizar o SIAB e supervisionar os técnicos de enfermagem e os ACSs na realização das atividades. O técnico de enfermagem ficará com a responsabilidade de acolher os usuários idosos e realizar atividades de sala de espera com intuito de informar a comunidade sobre a intervenção. O ACS ficará com a missão de realizar o levantamento da área, convidando os idosos a comparecer na unidade de saúde, além de prestar informações e passar a médica e enfermeira casos especiais que precisem de maior cuidado, ou até mesmo uma visita domiciliar da médica.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

METAS:

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente pelo menos mensalmente cadastrando 100% dos idosos residentes na área de abrangência para isso a equipe vai garantir o registro dos usuários idosos cadastrados no programa através dos prontuários e ficha-espelho que serão preenchidos no cadastro do usuário e depois semanalmente será avaliado pela médica da unidade da saúde, para alcançar esta ação vamos garantir o registro de idosos cadastrados no programa.

Para os usuários que estiverem com falta de algum desses registros na ficha-espelho serão convidados a comparecer novamente na unidade para consulta e atualização dos dados.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Garantir a solicitação dos exames complementares

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Oferecer treinamento a toda a equipe em reuniões semanais e avaliar as funções de cada profissional, agendar e organizar consultas todas as semanas para o dentista, priorizar as vacinas dos idosos, planejar as ações com estruturação de uma planilha por usuário com os dados necessários para alcançar nossos objetivos e metas, as quais serão avaliadas e monitoradas

semanalmente em reuniões de equipe e os ACSs trarão necessidades encontradas na comunidade e um controle dos usuários acamados e faltosos.

Para melhorar o acolhimento para os usuários de mais de 60 anos a técnica de enfermagem acolhe os usuários e verifica os sinais vitais além de orientar quanto à importância de conhecer os fatores de risco. Os usuários com fatores de risco sem sintomas serão atendidos no mesmo turno. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade da saúde.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistema de alerta aos exames complementares definidos no protocolo, através de solicitação semanal desse material a secretaria, sendo que a enfermeira ficará responsável por isso. Além disso, o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será da seguinte maneira: realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamento junto com a técnica de enfermagem, manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários idosos com doenças crônicas como DM e HAS cadastrados na unidade da saúde.

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, realizar registros específicos que oportunize todas as informações necessárias e monitorar a qualidade dos mesmos. Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas, esclarecer aos idosos periodicidades das consultas e capacitar os ACSs para a orientação sobre as consultas e periodicidade.

Outras ações serão monitorar o número de usuários idosos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as necessidades de atenção odontológica com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, para esta ação a equipe vai fazer várias sub-ações entre as quais se encontram: priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Quem ficará responsável pela organização e gestão será a médica da unidade em conjunto com a enfermeira, as quais se reunirão semanalmente para verificar o que é necessário para atingir a meta proposta.

Eixo de engajamento público

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Articulação com lideranças comunitárias para apresentar a ação programática e a existência do Programa de Atenção à saúde do idoso solicitando apoio para a captação do público alvo e para as demais estratégias que serão implementadas. Isso será feito na primeira semana da intervenção, sendo que será feito contato telefônico com essa finalidade para cada liderança captada.

Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à saúde do idoso da unidade, anualmente fazer rastreamento de idosos com hipertensão arterial e diabetes e riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Serão informados sobre o funcionamento de nossa intervenção através de cartazes fixados na sala de espera da unidade e estabelecimentos na comunidade.

Informar aos familiares dos usuários que não podem entender os objetivos de nosso trabalho por seu estado físico e mental, estabelecer troca de informações com os usuários e a equipe, satisfazendo as necessidades sentidas, preencher a planilha confeccionada para nosso trabalho com o consentimento do usuário, explicar a todos os benefícios de nossa intervenção para sua saúde, orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Tudo isso será feito em cada contato do usuário com os profissionais de saúde que estarão aptos a desenvolver essa atividade.

Também organizaremos campanhas de coletas de exames laboratoriais para usuários com dificuldades locomotoras e ofereceremos orientações educativas para melhorar o conhecimento da população sobre a doença objetivando aumentar a prevenção e diminuir a incidência da doença.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: amos capacitar os técnicos de enfermagem para a realização do hemoglicoteste, Antígeno específico da próstata (PSA), controle periódico de Tensão Arterial (TA), exame bucal, exame dos pés, avaliação nutricional (Índice de Massa Corporal - IMC), orientações e controle das vacinas, sendo que a enfermeira será a responsável desta capacitação no turno da reunião da equipe.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

META: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Essa ação será realizada pela médica da unidade, semanalmente.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Atividades desempenhadas pela enfermeira, semanalmente.

Eixo engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Atividades realizadas pelos ACSs e técnicos de enfermagem em cada abordagem dos idosos e familiares nas visitas domiciliares e sala de espera da unidade.

Eixo qualificação da prática clínica

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Atividade desenvolvida pela médica da unidade, nas reuniões de equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS:

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Eixo monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Atividades realizadas pela médica da unidade semanalmente, nos atendimentos aos idosos.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Atividades desempenhadas pela enfermeira da unidade, semanalmente.

Eixo engajamento público

Ações:

Orientar os idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e ACSs em cada contato com o usuário na unidade e área de abrangência.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas nas reuniões de equipe semanalmente pela enfermeira e médica da unidade, através da leitura e debate do manual técnico utilizado.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

METAS:

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Eixo monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Ações realizadas pela médica através da verificação da planilha de coleta de dados semanalmente.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Atividades realizadas pela enfermeira da unidade, semanalmente.

Eixo engajamento público

Ações:

Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Ações realizadas pelas técnicas de enfermagem e ACSs em cada contato com os usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas pela enfermeira e médica da unidade, semanalmente nas reuniões de equipe.

Objetivo 6. Promoção da Saúde

Metas:

- **Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.**

- **Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.**

- **Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados**

Eixo monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Realização da atividade educativa de prevenção e promoção de saúde através das rodas de conversas, grupo de práticas desportivas e sobre higiene bucal. Quem ficará responsável pelas ações será a médica da unidade. As atividades acontecerão mensalmente e serão monitoradas através do registro na ficha-espelho de cada usuário.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Atividades desenvolvidas pela enfermeira e médica da unidade, semanalmente.

Eixo engajamento público

Ações:

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Atividades desenvolvidas pelos ACS em cada contato com a comunidade e usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Realizar atualização do profissional no acompanhamento da orientação nutricional aos idosos, a realização para orientação de atividade física regular dos idosos. Adverte-se que o detalhamento será baseado em organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientar os usuários idosos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e sobre de metodologia saudável.

2.3.2 Indicadores

Metas relativas ao Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Metas 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

Indicador: 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador: 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador: 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Metas: 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador: 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Metas: 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador: 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas: 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador: 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativa ao Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Metas: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador: 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e resgatados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Metas relativa ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta: 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador: 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Metas: 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na senilidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador: 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativa ao Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador: 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador: 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 logística

A logística é a área de gestão responsável para prever recursos, equipamentos e informações para a execução de todas as atividades, possui uma

visão organizacional. Em nossa UBS estamos fazendo um trabalho de intervenção com a saúde dos idosos, tema escolhido por nossa equipe de saúde por constituir um grupo prioritário dentro de nossa população.

Para realizar a intervenção no programa Saúde do Idoso vamos adotar o Protocolo ou Manual Técnico; Atenção integral à saúde do idoso, Ministério da saúde (BRASIL, 2013). Utilizaremos prontuário específico disponíveis no município o qual prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, nome e sobrenome, idade, endereço, doenças crônicas, avaliação nutricional, vacinas, exames dos pés a todo diabético, controle de exame periódico incluindo mamografia e citopatológico de colo de útero e PSA aos homens, data da consulta, data de agendamento da próxima consulta e observação.

Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira irão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 90% dos idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos prontuários necessários e imprimir os 90 prontuários complementares que serão anexados aos prontuários específicos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço da consulta nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para o prontuário específico. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atrasos. Semanalmente em reunião de equipe que será todas as sextas à tarde, 15:00 horas, se fará uma avaliação do comportamento semanal de todos os dados registrados e ao final do mês completamos todos os dados e programamos as atividades da próxima semana. Para organizar o registro a enfermeira recebe o usuário, faz acolhimento e registra os dados, leva para na consulta médica para completar os dados, esses registros serão organizados por ordem alfabética em arquivo que se denominará “longevidade saudável”.

Cada ação tem um responsável: a técnica de enfermagem pelo acolhimento, da prioridade no agendamento de consulta, controle de peso, altura, IMC, para avaliação nutricional do usuário, todos os dias nos dois horários, temos duas fichas

para atendimento de idoso, mais uma tarde na semana; a enfermeira vai avaliar as vacinas, exame de mama, mamografia, citopatológico de colo de útero e os exames de PSA em todos os homens desse grupo. A técnica de odontologia agendará 10 turnos semanais para idosos e controlará a assistência dos usuários agendados para atenção odontológica, sendo que o dentista fará atenção e avaliação das necessidades odontológicas dos idosos. O médico na consulta fará avaliação clínica completa, registro de todos os dados e fará exame dos pés a todos os diabéticos, indicará os exames laboratoriais e encaminhamentos nos casos necessários; Os ACS farão cadastramento da população idosa e busca ativa semanal dos acamados e faltosos e em reunião da equipe se analisará como será feito o atendimento destes usuários, as ACS como membros da comunidade e junto com toda a equipe informarão à comunidade sobre a atenção prioritária que tem esse grupo populacional em nossa UBS.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de saúde do idoso para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, sob responsabilidade da enfermeira. Para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe as sextas à tarde, em ambiente selecionado para estas atividades em nossa UBS. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os materiais utilizados serão dois quadros, um apagador, mesas, cadeiras, Datashow, banner, pincel.

Semanalmente temos que monitorar as ações programáticas: a técnica de enfermagem da avaliação do estado nutricional, quantidade de idosos atendidos e acolhidos, a enfermeira monitorará os registros criados com avaliação das vacinas, exames periódicos, citopatológico, exame de mama, mamografia e PSA. Os ACS farão monitoramento semanalmente dos usuários cadastrados e as necessidades sentidas dentro da população avaliando seguimento dos acamados e faltosos, a técnica de saúde bucal e o dentista monitorarão os procedimentos feitos por usuários e as necessidades de próteses e outros procedimentos que não são feitos em nossa UBS, o médico juntamente a toda equipe, semanalmente monitorará todas as ações realizadas para o cumprimento dos indicadores.

As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada idoso e em fichas-espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa unidade de saúde atende uma população de 5.000 habitantes e tinha uma estimativa de 685 pessoas de mais de 60 anos, por deficiência de agente de saúde não conhecíamos a realidade, quando se iniciou a intervenção só tínhamos 520 usuários com mais de 60 anos cadastrados em nossa unidade de saúde, não correspondendo com a estimativa do caderno de ações programáticas, por isso uma de nossas ações para melhorar a saúde da pessoa idosa foi o cadastramento de 100% da população idosa de nossa área de cobertura, identificando assim a nossa realidade, mostrando a existência de 569 idosos residentes na área de abrangência.

Depois de conhecer a situação da saúde dos idosos de nossa população pensei em escolher esse grupo de pessoas como foco de nossa intervenção por ser esse grupo de pessoas os mais necessitados, que merecem muito amor e respeito, sendo a intervenção uma forma de elevar sua autoestima, permitindo mudanças em sua forma e estilo de vida e como resultado um envelhecimento mais saudável.

A intervenção iniciou com a capacitação dos profissionais sobre os protocolos, os registros de atendimentos, como controlar os fatores de risco modificáveis, sobre a metodologia de educação e capacitação das ACS sobre os usuários faltosos as consultas, quem protagonizou a capacitação foi a enfermeira e a médica. Explicou-se todas as ações que deveriam ser desenvolvidas por cada membro da equipe, todas as sextas-feiras de tarde às 16 horas a equipe se reuniu e continua a se reunir para tratar de todas as atividades feitas durante a semana, as dificuldades encontradas e como dar resposta as mesmas e planejar as atividades da próxima semana.

As primeiras quatro semanas da intervenção foram realizadas pela equipe com a ajuda da liderança comunitária por encontrar-me de férias a equipe trabalhou

com muita seriedade e respeito, sendo que cada profissional desempenhou uma ação programática. É importante destacar que eu, encontrei como maior dificuldade, que meu retorno à unidade demorou, assim não tive como postar as tarefas do primeiro mês, mais as dificuldades de informática, mas com ajuda da orientadora estas dificuldades foram resolvidas.

A equipe contou com a ajuda das lideranças comunitárias e gestores. Deu-se prioridade de atendimento aos usuários da intervenção nas terças-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras à tarde. Também foram feitas todas as segundas e quartas-feiras de tardes atividades com os grupos como jogos artesanatos, danças e atividades físicas, nas quais temos fotos de nosso trabalho para mostrar.

No primeiro mês apresentamos dificuldades com as cadernetas de saúde da pessoa idosa, nenhum dos usuários conhecia e sabia o que era a caderneta, na quinta semana da intervenção um dos membros da liderança mostrou a equipe uma caderneta de saúde da pessoa idosa e na reunião da equipe se indicou a realização de 600 cadernetas para os usuários e com ajuda da ACS e das lideranças comunitárias foram feitas as cadernetas nos domicílios dos usuários do primeiro mês de intervenção e o resto foi feito nas consultas da semana terminando a intervenção com 100% dos usuários com a sua caderneta de saúde da pessoa idosa.

Também apresentamos dificuldades com a atenção odontológica, pois só temos um dentista que trabalha 40 horas por semana e a demanda de usuários é muita. Além disso, a maioria das pessoas da terceira idade precisa de prótese dental e esse serviço não é oferecido pelo SUS. Foram atendidos os 82 usuários que apresentaram necessidade de atendimento odontológico na primeira consulta programática, atingindo 14,4% dos usuários cadastrados.

Todos os dias no início das consultas foram feitos pela enfermeira e técnica de enfermagem o acolhimento no salão onde são feitas as palestras com a realização de exame bucal e de mama com indicação de mamografia, exame dos pés aos diabéticos e, também se indicou o exame de PSA.

Foram realizadas 05 palestras sobre temas de promoção e prevenção de saúde para um envelhecimento mais saudável. Além disso, foram cadastrados 83,1% dos usuários com mais de 60 anos, totalizando 569 indivíduos, 258 com hipertensão e/ou diabetes e com exame clínico apropriado em dia, do total de usuários cadastrados 227 (39,9%) estão com medicamentos da farmácia popular,

todos os hipertensos (253) foram rastreados para diabetes, 561 (98,6%) usuários com avaliação da rede social em dia e 404 (71%) usuários tem caderneta de saúde da pessoa idosa, 565 (99,3%) avaliação do risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice, 565 (99,3%) usuários com orientações nutricionais para hábitos saudáveis, orientação sobre prática de exercício físico e cuidado de saúde bucal.

Temos que incentivar os idosos a manter em sua rotina de atividades sociais através do trabalho em grupo, o convívio social, promover ao maior percentual de idosos em atividades culturais e artísticas, temos que continuar preparando palestras e continuar criando atividades que melhoram a qualidade de vida como trabalhos manuais e atividade física e continuar informando a comunidade sobre a existência do programa de atenção à saúde da pessoa idosa.

Foram feitas entrevistas durante todas as semanas da intervenção todas com 100% de satisfação pelos usuários e familiares, hoje às 16 horas na reunião da equipe a enfermeira realizou leitura dos resultados finais da intervenção e a equipe ficou muito feliz pelos resultados alcançados, acordando dar continuidade ao projeto. No dia 24 às 14 horas será feita uma festança com a equipe, as lideranças comunitárias e os usuários participantes do projeto.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, tivemos dificuldade com as cadernetas, mas no final da intervenção 71% dos usuários tinham cadernetas. No início da intervenção só tínhamos uma ACS, agora já contamos com quatro.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A maior dificuldade que apresentei no início da intervenção foi com relação a obtenção de dados para a realização da intervenção, pois na unidade de saúde não existia registro de atendimentos, não se conheciam totalmente os de usuários idosos, não tinham cadernetas, não tinham dados de quantos usuários apresentavam fatores de risco, quantos acamados e/ou com problemas de

locomoção, tive dificuldades com a somatória e porcentagem dos indicadores 2.3 semana 3 e 4 que os dados não conferem com os dados correto e não permite arrumar. No final da intervenção alcançamos bons resultados com os indicadores apesar de que todos não serem alcançados em 100%, tudo isso foi possível pela integralidade da equipe e a ajuda das lideranças comunitárias, depois de finalizar a intervenção continuaremos trabalhando com os indicadores que não alcançamos em 100%.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Para dar continuidade a nosso projeto depois de finalizada a intervenção continuaremos com a mesma rotina de trabalho, planejando cada atividade a fazer nas reuniões da equipe, trabalhando com os indicadores que não alcançamos 100% e capacitar a equipe em outras ações programáticas dando prioridade ao grupo de HIPERDIA que neste momento temos alta incidência de hipertensos e diabéticos descompensados, incorporando a maior quantidade de lideranças comunitárias aos serviços da saúde e continuar fazendo as atividades de prevenção modificando estilos de vida.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou de melhorar da atenção à saúde de idosos maiores de 60 anos. Na área adstrita a UBS Susana existe 569 idosos, entretanto a intervenção focalizou cinco Bairros, que conta com uma população de 5.000 usuários.

Com o desenvolvimento das ações do projeto da intervenção alcançamos a melhoria da qualidade de saúde das pessoas Idosas de nossa área de abrangência com o cumprimento dos objetivos estabelecidos na intervenção.

Meta relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

No início da intervenção apenas atendemos 155 (27,2%) usuários por ter só uma agente comunitária de saúde, no segundo mês foram atendidos 246 usuários para um 43%, no terceiro mês 374 usuários para um 67%, a partir do segundo mês foram incorporadas mais agentes comunitárias de saúde o que levou a um maior índice de cobertura alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 100% com 569 usuários atendidos.

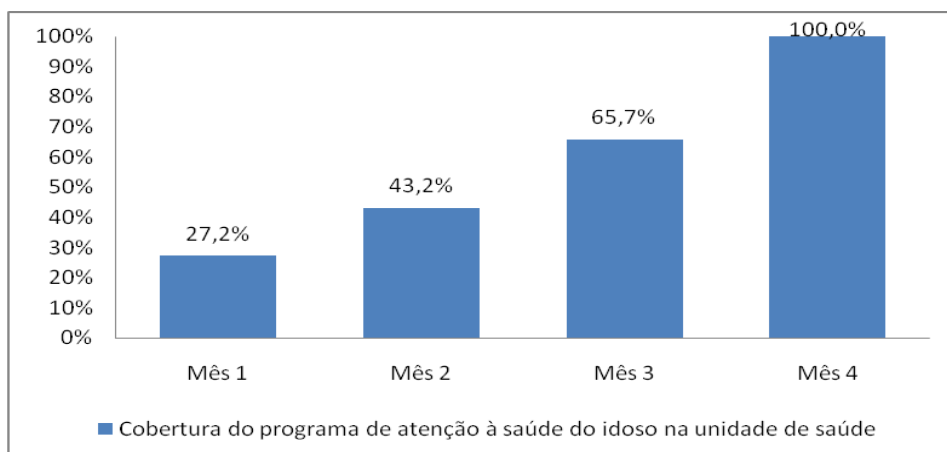


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do Idoso na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas relativa ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

No primeiro mês da intervenção foram atendidos 152 (98,1%) usuários. No segundo mês 244 (98,4%) usuários, no terceiro mês 374 (98,9%) usuários, alcançando 99,3% de usuários com avaliação multidisciplinar rápida ao final da intervenção, não alcançamos 100% por ter quatro usuários faltosos as consultas, 02 foram óbitos e 02 com mudanças do endereço.

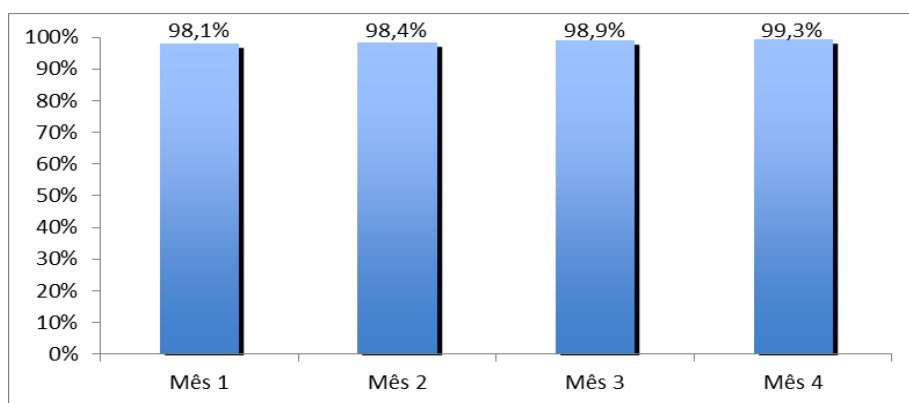


Figura 2: Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Na primeira semana da intervenção alcançamos 98,1% de idosos com exame clínico apropriado em dia e terminamos a intervenção com 99,3%, não alcançando 100% por ter ao final da intervenção dois usuários que foram moram fora da cidade e dois óbitos.

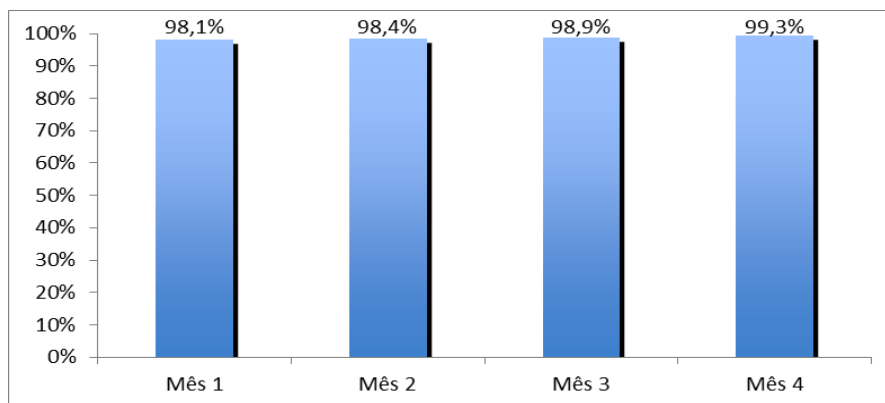


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta: 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos

No primeiro mês da intervenção foram atendidos 66 idosos hipertensos e/ou diabético, no segundo mês 106 usuários, no terceiro mês 150 usuários no quarto mês 261 usuários hipertensos e/ou diabéticos alcançando 100% de proporção de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia durante toda a intervenção.

Meta: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Não alcançamos 100% de usuários idosos com prescrição de medicamentos na farmácia popular, pois muitos pegam medicamentos pelo SUS e outros compram medicamentos indicados por especialistas como Cardiologistas e Psiquiatras, os quais não podemos trocar.

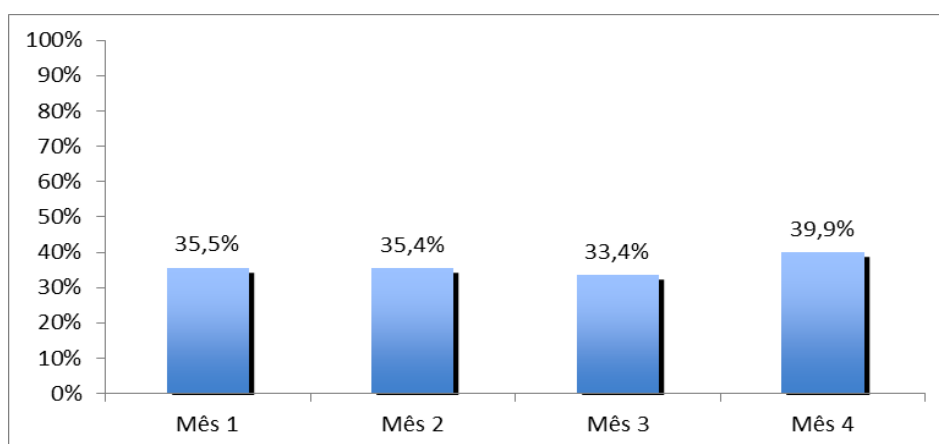


Figura 4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular priorizada. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Durante a intervenção cadastramos 33 idosos acamados com problemas de locomoção, 09 usuários no primeiro mês da intervenção, 14 usuários no segundo mês, já no terceiro mês contamos com quatro agentes comunitárias podendo cadastrar 21 usuários no terceiro mês e terminando a intervenção com 33 (100%) acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Todos os usuários acamados receberam visitas domiciliares durante os quatro meses da intervenção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No início das consultas é feito a verificação da pressão arterial a todos os usuários, não alcançando 100%, pois temos faltosos as consultas, terminando a intervenção com 99,3% dos usuários com verificação da tensão arterial na última consulta.

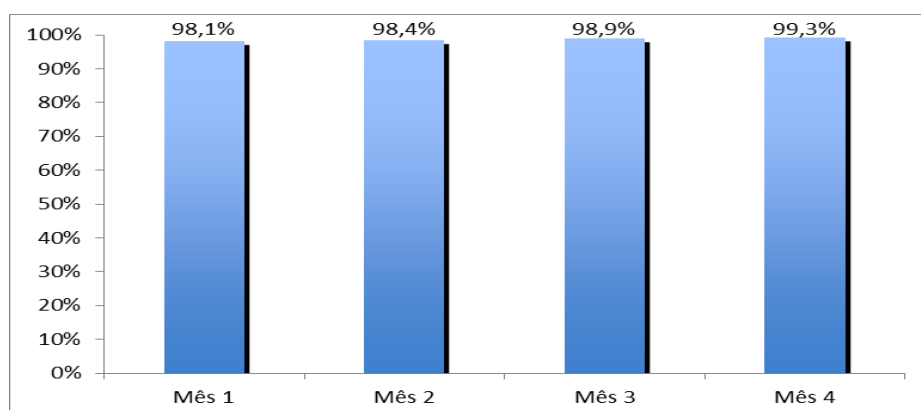


Figura 5: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Durante a intervenção foram cadastrados 256 usuários hipertensos onde cumprimos a meta de alcançar 100% dos hipertensos rastreados para diabetes durante toda a intervenção.

Metas 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Não alcançamos a meta proposta, pois temos só um dentista que trabalha 40 horas na unidade de saúde para uma população de 5.000 habitantes com muitas demandas de atenção odontológicas. Além disso, a maior dificuldade odontológica dos idosos é a necessidade de prótese dental, serviço que não é oferecido pelo SUS, apesar disso a maioria dos usuários idosos de nossa área de abrangência não precisavam atendimento. Outro ponto que dificultou o alcance da meta proposta foi que durante o final do terceiro mês e início do quarto mês o dentista saiu de férias por 20 dias, por isso o indicador no quarto mês foi de 13,9%.

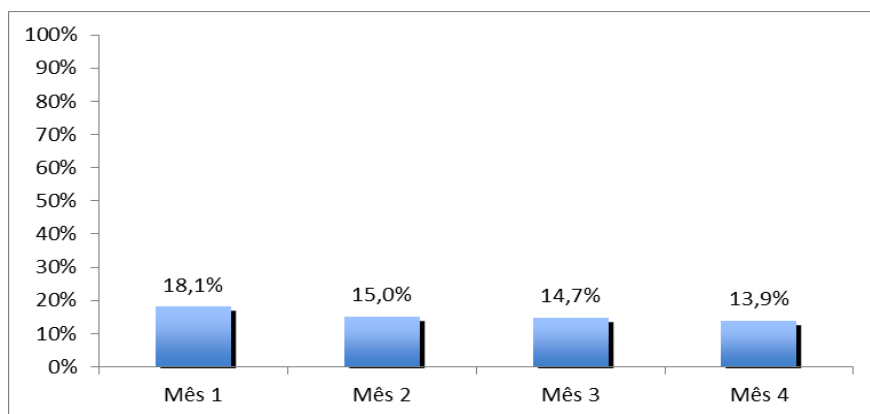


Figura 6: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Este indicador durante a terceiro e quarto mês aumentou com relação a avaliação das necessidades de atenção odontológica por ter usuários que o

cardiologista e/ou cirurgião indicaram avaliação odontológica para procedimentos cirúrgicos, sendo feita uma primeira consulta odontológica programática.

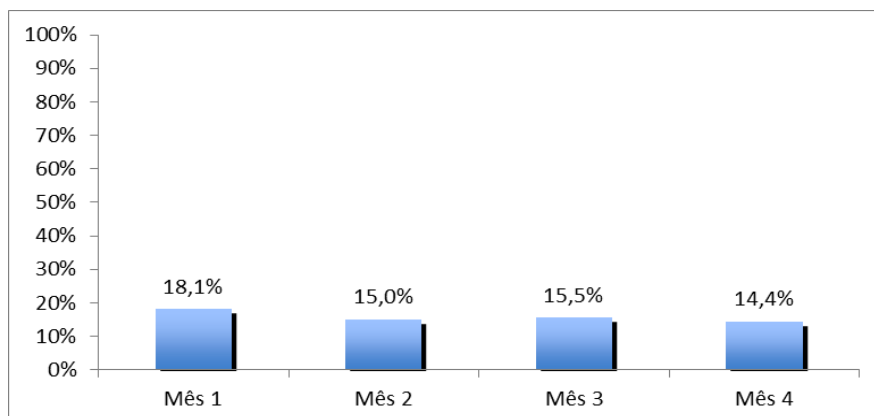


Figura 7: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Metas 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

No primeiro mês da intervenção tivemos três faltosos a consulta e nos meses seguintes 04 faltosos por consultas, mas com ajuda das ACS e as lideranças comunitárias foi feita busca ativa dos mesmos alcançando 100% de busca ativa para os faltosos.

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Praticamente todos os usuários atendidos na intervenção tem registro na ficha-espelho em dia, terminamos a intervenção com 99,3% por ter 04 faltosos as consultas.

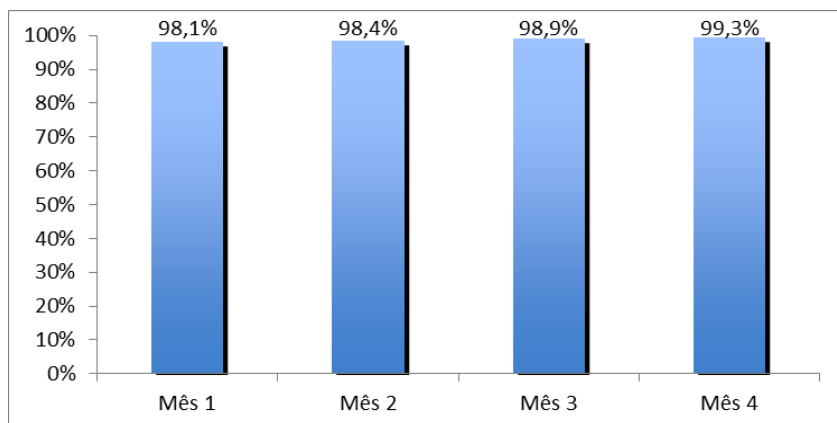


Figura 8: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

No início da intervenção os usuários idosos de nossa área de cobertura não contavam com cadernetas de saúde da pessoa idosa, no segundo mês foram feitas 81 (32,9%) cadernetas, no terceiro mês 209 (55,9%) usuários contavam com cadernetas e já no quarto mês foram feitas 404 (71%) cadernetas, este indicador foi possível por contar com a ajuda das lideranças comunitárias e por ter, ao final da intervenção, quatro ACS apesar de terminada nossa intervenção continuaremos trabalhando para que todos os idosos de nossa área de cobertura tenham cadernetas.

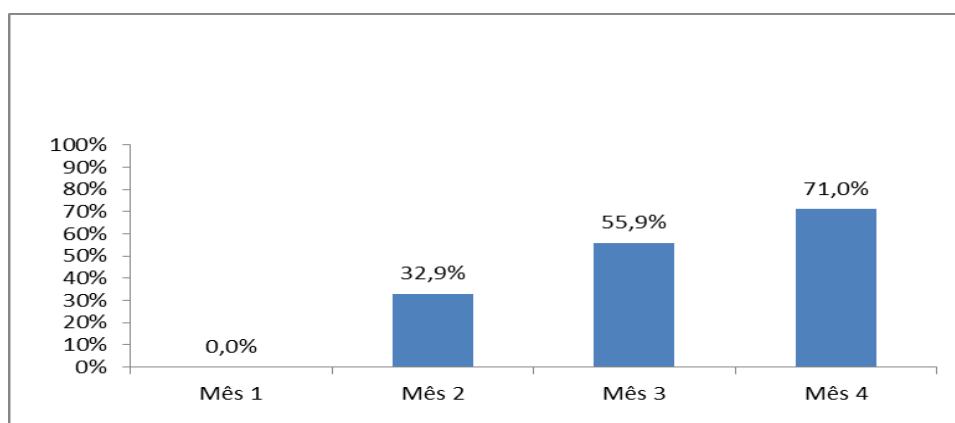


Figura 9: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas relativas ao Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Metas 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Todo o idoso atendido em nossa intervenção tem avaliação para morbimortalidade em dia ao final da intervenção não alcançamos 100% por ter 04 faltosos a consulta.

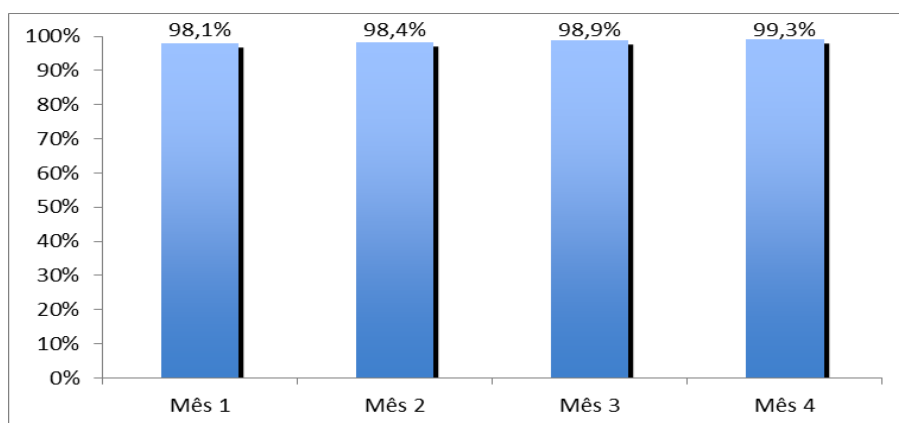


Figura 10: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Ao final da intervenção alcançamos 99,3% de idosos com avaliação para fragilização na velhice não alcançando 100% por ter faltosos a consulta.

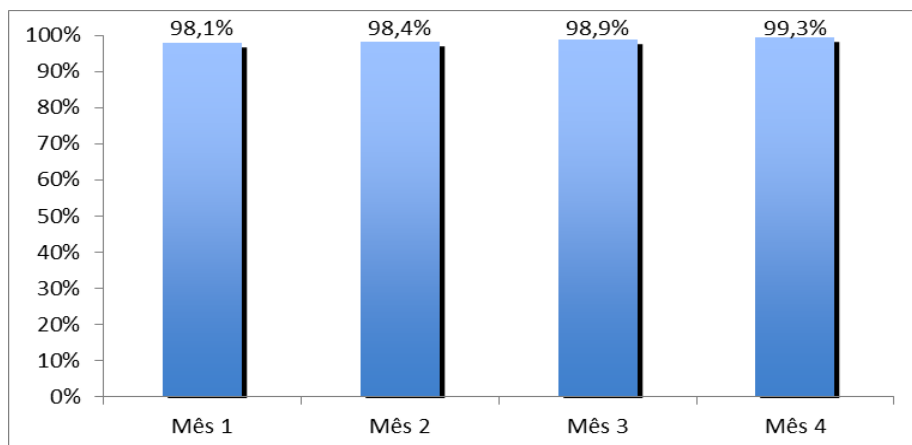


Figura 11: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Durante o primeiro mês foram atendidos 148 (95,5%) usuários com avaliação de rede social em dia, no segundo mês 238 (96,7%) usuários, no terceiro mês 97,9% e no quarto mês terminamos a intervenção com 561 (98,6%) usuários com avaliação de rede social em dia.

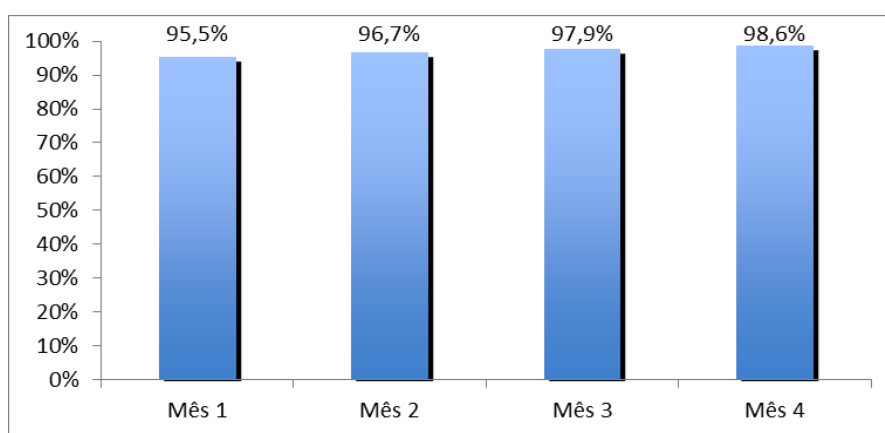


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos atendidos durante nossa intervenção receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, não alcançando 100% por ter 04 faltosos a consulta.

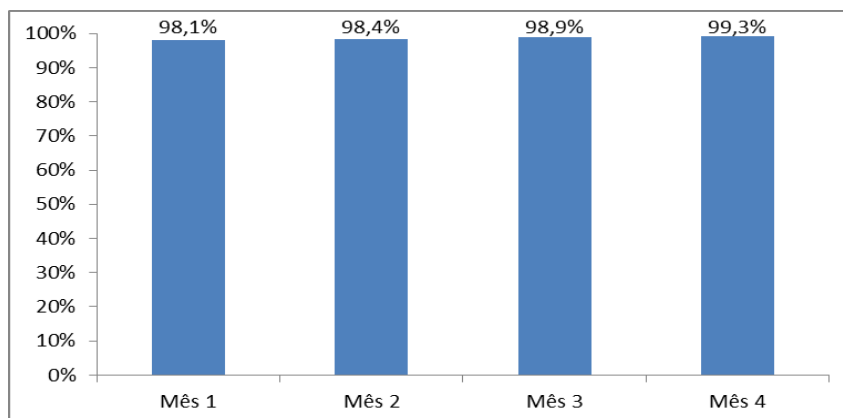


Figura 13: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Todos os usuários atendidos em nossa intervenção receberam orientações sobre prática de atividade física regular.

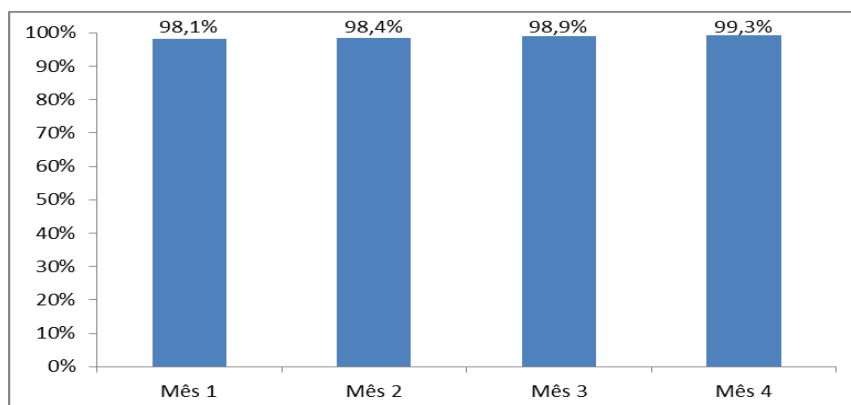


Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Durante os quatro meses de intervenção em todas as consultas foram feitas orientações individuais de cuidado de saúde bucal em dia não alcançando 100% por ter faltosos a consulta.

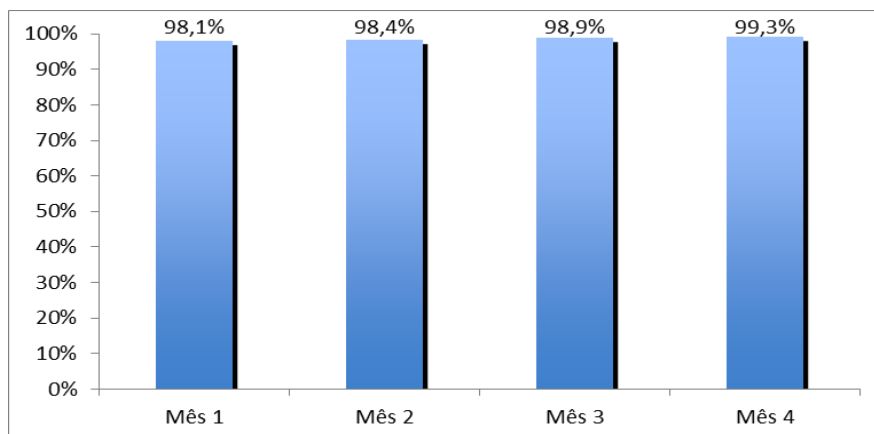


Figura 15: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos e melhoria dos registros em qualificação da atenção para a ampliação de exames segundo protocolos de atendimentos e ajudou na classificação de risco desse grupo etário, exigiu que a equipe se capacitasse para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira e do resto da equipe, viabilizando a atenção ao maior número de pessoas, melhorou o registro, agendamentos dos idosos as consultas, visualizou a otimização da agenda para atenção as demandas espontâneas e a classificação do risco para apoiar a priorização do atendimento com maior grau de satisfação da população idosa.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou a ampliação da cobertura de atenção aos usuários idosos, melhorou os registros e a qualificação da atenção desse grupo etário com ampliação de exames laboratoriais segundo os protocolos do atendimento. Além disso, aumento a execução de exame bucal, de mama, exame dos pés a todos os diabéticos, avaliação multidisciplinar rápida em dia, ficha-espelho em dia, cadernetas de saúde para pessoas idosas, orientações nutricionais e prática de exercício físico regular, cadastramento dos usuários

hipertensos e diabéticos e a classificação do risco para prioridade de atendimento. Permitiu o cadastramento dos acamados e/ou com problemas de locomoção, avaliou a necessidade de atendimento odontológico e agendamento de consultas.

É importante destacar que a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários idosos com hipertensão e diabetes, todos os membros da equipe foram capacitados para o registro e coleta de dados para a intervenção. Cada um dos membros da equipe ficou com uma responsabilidade na intervenção ao final da intervenção toda a equipe ficou mais integrada, tanto médico, enfermeira, técnicos, dentistas, agentes comunitários de saúde, lideranças comunitárias, assim como os gestores, tendo impacto em outras atividades como realização de atividades desportivas recreativas, artesanatos, teatros, palestras mensais sobre temas para melhorar a qualidade de vida dos idosos, acolhimento e uma maior unificação da equipe para as atividades coletivas e de grupo.

Com relação ao serviço notou-se que a intervenção melhorou o registro, agendamentos de idosos às consultas, otimizou a agenda para a demanda espontânea, permitiu a classificação do risco para apoiar a priorização do atendimento, permitiu que cada membro da equipe tenha atribuições e ampliou o atendimento a um maior número de pessoas, um trabalho mais organizado, mais integrado e mais qualificado.

Já com relação a comunidade percebe-se que a intervenção impactou, pois houve melhora no atendimento, agendamento, grau de satisfação e prioridade de atendimento, além disso, permitiu maior integridade das lideranças comunitárias com a equipe e a comunidade.

Adverte-se que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização de atenção e discutir a melhor maneira de implantar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial os de alto risco. Por fim, observa-se

que é necessário abranger outras ações programáticas na unidade, por isso tomando este projeto, como exemplo, pretendemos implantar o programa de HIPERDIA em nossa UBS, principalmente pela alta incidência de hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro Sr. Secretário Municipal de Saúde

O presente relatório tem como finalidade apresentar o desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde da pessoa idosa em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), Suzana, o trabalho foi realizado em quatro meses com um total de 469 usuários com mais de 60 anos avaliados, levando em conta que na terceira idade sofremos perdas físicas, psicológicas, sociais e econômicas, consideramos de suma importância pesquisar e conhecer a população denominada “terceira idade” ou “idosa”, sendo este grupo populacional o que foi selecionado para fazer nossa intervenção.

Iniciamos com a capacitação dos profissionais da saúde de nossa UBS, no primeiro mês da intervenção foi feito pela equipe por encontrar-me de férias, cada membro da equipe desempenhou uma ação programática e trabalhou com muita seriedade e respeito no cumprimento das ações programadas para o desenvolvimento de nossa intervenção.

A intervenção iniciou com a capacitação dos profissionais da saúde de nossa UBS para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de doenças crônicas, na melhora dos registros e a qualificação da atenção. Todos os dias foram agendadas consultas e atendimentos prioritários a este grupo populacional.

No início da intervenção só tínhamos uma agente comunitária da saúde (ACS) e terminamos a intervenção com quatro ACS. Os usuários idosos não tinham cadernetas de saúde de pessoas idosas e com a ajuda das lideranças comunitárias alcançamos 71% dos usuários com esse material. Começamos a dar prioridade e atendimento aos usuários da intervenção, oferecemos palestras mensais sobre

temas de promoção à saúde, no início das consultas foi feito acolhimento a todos os usuários.

Foram cadastrados 253 idosos hipertensos e/ou diabéticos, aos quais se indicou exames laboratoriais periódicos em dia, cadastramos e realizamos visita domiciliar a 33 usuários acamados e/ou com problemas de locomoção, tivemos dificuldades com a atenção odontológica por ter somente um dentista que trabalha 40 horas e uma população de aproximadamente 5.000 habitantes com muita demanda de atendimento, tivemos 99,3% dos idosos com orientações de saúde bucal em dia, pratica de exercício físico e orientações nutricionais para hábitos saudáveis. Os 253 hipertensos cadastrados foram rastreados para diabetes, todas as sextas-feiras de tarde foram feitas reuniões de equipe com participação de lideranças comunitárias onde se foi avaliando o trabalho da semana e o planejamento das atividades das semanas seguintes.

A intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe, lideranças comunitárias e gestor, ainda estabeleceu a realização de outras atividades que foram feitas todas as segundas e quartas-feiras de tarde como jogos, artesanatos, dança e outras atividades desportivas.

O trabalho da intervenção gerou muita importância para a equipe porque exigiu capacitação, trabalho integrado e realização de outras atividades que antes da intervenção não eram desenvolvidas, tive melhora nos registros e agendamentos para a consulta. Outro fator muito importante é o impacto de nossa intervenção na comunidade, o que motivou a dar continuidade as ações programáticas como rotina do serviço e a incorporação de outras ações programáticas.

A equipe de saúde da Suzana se sente honrada em apresentar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o relatório de como foi desenvolvida a intervenção em nossa unidade de Saúde, ainda gostaria de expressar meu agradecimento por toda a ajuda que nos ofereceram para o bom desenvolvimento de nossa intervenção, pois a mesma teve muita importância na trajetória de nossa formação profissional.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A equipe da Suzana se reúne com a comunidade com a finalidade de apresentar como foi desenvolvido o projeto da intervenção em nossa unidade de saúde.

Nossa unidade de saúde a Suzana tem uma população de aproximadamente 5.000 habitantes que atende cinco bairros, com uma equipe composta por dois médicos gerais, um pediatra uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de odontologia e no início tínhamos uma agente comunitária da saúde (ACS) e ao final da intervenção já temos quatro ACS.

A intervenção teve início com a capacitação dos profissionais sobre os protocolos, registro de atendimento, como controlar os fatores de risco modificáveis, capacitação das ACS sobre os usuários faltosos a consulta, quem protagonizou a capacitação foi a enfermeira e a médica, foram cadastrados 569 usuários de mais de 60 anos para 100% de população idosa cadastrada, tivemos dois óbitos e dois que foram morar em outra cidade.

As primeiras quatro semanas da intervenção foram realizadas pela equipe com ajuda das lideranças comunitárias por encontrar-me de férias, cada profissional desempenhou uma ação programática.

Deve-se prioridade de atendimento aos usuários da intervenção todos os dias no horário da tarde, ao início das consultas foi feito pela enfermeira acolhimento, as segundas e quartas-feiras foram desenvolvidas atividades com os grupos como artesanatos, dança, jogos e atividades físicas, foram feitas palestras mensais sobre temas de promoção da saúde. Destaca-se que no início da intervenção os usuários idosos não tinham cadernetas de saúde da pessoa idosa e com ajuda das lideranças comunitárias alcançamos 71% de pessoas com

cadernetas, a todos os usuários da intervenção se deu orientações sobre prática de exercício físico, cuidado de saúde bucal em dia e orientações nutricionais para hábitos saudáveis. Foram avaliados sobre o risco para morbimortalidade em dia, se indicou exames laboratoriais a todos os usuários da intervenção de acordo aos protocolos, foram cadastrados 253 hipertensos e rastreados para diabetes. Com a ajuda das lideranças e agentes comunitárias cadastramos 33 acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Na sexta à tarde foram feitas as reuniões da equipe onde se reúne a equipe para avaliar o trabalho da semana e planejar as atividades que foram desenvolvidas nas semanas seguintes da intervenção.

O profissional de saúde pública não vem a inteligência comunitária como uma informação viável para a solução de problemas colocando um desafio para todos os que trabalham no campo do envelhecimento, é preciso admitir que as comunidades possuam um saber que lhe é próprio, uma inteligência comunitária, eles possuem as respostas para os males das pessoas. Somente na interação com a comunidade é possível garantir mudanças significativas na saúde da população.

A comunidade é uma máquina de promoção de saúde e, portanto, veículo a traves do qual temos que trabalhar para melhorar a saúde dos idosos, em minha UBS foi feito encontros comunitários onde se explicou a comunidade os direitos dos usuários e a necessidade de atendimento priorizado aos usuários idosos.

Com ajuda da comunidade se organizou o trabalho da intervenção, tanto o indivíduo como o grupo de cidadãos idosos foram envolvidos em toma de decisões que afetam suas próprias vidas e a comunidade em que elas vivem.

Trabalhou-se com o desenvolvimento de lideranças comunitárias para garantir as informações necessárias e alcançar as metas estabelecidas, se realizou conversa com a comunidade sobre as necessidades de prioridades de atendimento aos usuários idosos, explicando os objetivos de nossa intervenção,

Os usuários da intervenção demonstraram satisfação com a prioridade de atendimento e as ações de saúde que foram desenvolvidas. Temos que agradecer as lideranças comunitárias pela divulgação de nossa intervenção na comunidade e o apoio no desenvolvimento da intervenção e expressar a comunidade que a intervenção em nossa unidade propiciou a melhora dos registros e qualificação da atenção promovendo um trabalho integrado da equipe-gestores-lideranças comunitárias, em vista do sucesso e de que ainda precisamos aumentar a cobertura

do programa vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço e tomar este projeto como exemplo para implementar outros programas no serviço de nossa unidade de saúde.

Dedico este poema as pessoas da terceira idade:

Terceira idade, idade da sabedoria e da experiência
Vida que merece ser vivida,
Não importa a idade
Terceira idade vida que merece ser bem vivida, curtida
Vida que merece respeito, carinho e atenção
Vida que exige família, renda, saúde e educação
Porque não enfrentá-la?
Porque deixa-la passar se cada estação da vida
Tem o seu perfume, o seu encanto
E a sua luz que faz a vida brilhar?
É preciso ter sempre consigo a esperança
E a bondade de lutar
Pelo direito à vida, que é sagrada, mas que é necessário conquistar
Terceira idade, caminhemos de mãos dadas
Envolvendo crianças, jovens e adultos
Família, poderes públicos e sociedades
Buscando construir coletivamente
O sono de uma realidade
Terceira idade, vida que merece ser vivida, não importa a idade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazer o curso de especialização da saúde da família foi para mim uma experiência muito importante. Inicialmente foi muito difícil, pois não tinha experiência com trabalhos a distância e achei que a relação que tínhamos entre nós e a orientadora era um pouco distante o que era normal, pois não nos conhecíamos, mas com o decorrer do curso essa distância foi desaparecendo dando lugar a um espírito de integralidade entre nós e a orientadora onde tive muitos momentos que senti que ela estava perto a nós, também encontrei algumas dificuldades na elaboração das tarefas, muitas vezes não compreendia como fazê-las, também tive dificuldades com a língua e dificuldades de informática e com ajuda das orientadoras Elizabeth e Mônica fiz com que essas dificuldades fossem desaparecendo e melhorarei na execução das atividades propostas.

Muito aprendi com o curso, pois me sinto muito mais preparada pessoalmente e profissionalmente de que quando iniciei o curso, também me ajudou na melhora da língua e aprendi muitas coisas de informática que ao início não conhecia.

No início da intervenção pensei que era muito difícil o cumprimento de nossos objetivos e metas, pois apresentamos muitas dificuldades por falta de registro, de agentes comunitárias de saúde, falta de integralidade da equipe com as lideranças comunitárias, não tínhamos dados exatos da população idosa, acamados ou com problemas de locomoção, os membros da equipe não conheciam quantidade de usuários idosos hipertensos ou diabéticos, dificuldade com as cadernetas de saúde da pessoa idosa, todas estas coisas foram melhorando pela ajuda das lideranças comunitárias, por contar com mais agentes comunitários da saúde, apoio dos gestores e pela integralidade da equipe.

No computo geral, este curso correu muito bem e foi deveras muito importante em minha profissão como médica, os temas dos casos interativos e práticas clínicas foram muito interessantes permitindo maior preparação e melhora dos conhecimentos médicos, exigiu capacitação da equipe, melhora da atenção dos serviços, além disso, senti que a equipe ficou muito mais unida, que levou a realização de outras atividades culturais, desportivas, artesanatos, jogos, palestras mensais, acolhimento, atendimentos prioritários com classificação do risco, melhora dos registros, atendimento mais qualificado, cadastramento de 100% da população idosa, tudo isto permitiu que os usuários idosos, seus familiares e a equipe ficassem satisfeitos com os serviços oferecidos durante a intervenção.

Depois de superar as dificuldades encontradas durante a intervenção, penso que estamos em condições de incorporar a intervenção à rotina do serviço e fazer outras ações programáticas para melhorar a saúde de nossa população, para isso continuaremos trabalhando e superando todas as dificuldades que encontrarmos durante o trabalho cotidiano, capacitando a equipe em outras ações programáticas, dando continuidade das atividades de promoção de saúde, dando prioridade ao grupo de HIPERDIA, trabalhar com os indicadores que não alcançamos 100% e planejar todas as atividades a fazer nas reuniões da equipe com participação de lideranças comunitárias.

Por fim, eu quero agradecer o trabalho das orientadoras em especial a minha orientadora Mônica pela ajuda na realização das tarefas. Obrigada.

Referências

ARAOZ, GBF. Valoração funcional. In. AERAFG; MARTIN, JPM. *Síndromes e cuidados no usuário geriátrico*. Barcelona, Masson, 1994.

BERGERL; MAILLOUX-POIRIER D. *Pessoa idosas: uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

BÉRIA, JU. Prescrição de medicamento. In: DUNCAN, BB; SCMIAT, MI;

GLUGLIONI, ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidência*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /ministério de saúde, secretaria de atenção a saúde, Departamento de atenção básica –Brasília –ministério de saúde, 2006 192p-il- (Série A. Normas e Manual técnico) (caderno de atenção básica, N.19).

CARVALHAES, N; ROSSE, E; PASCHAL, SMP; PERRACININ, N, PERRACININ, M, RODRIGUES, RAP. Quedas. In: SBGG-SP - *Consensos em Gerontologia*. 1998.

FREITAS, EV; MIRANDA, RD. Parâmetro clínico do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Amplia, In: FEITAS, EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 eds. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2010.

RAMOS, LR. OS fármacos e os idosos in: GORZONIML; TONIOLONETO J. *Terapêutica clínica no idoso*. São Paulo: Sarvier, 1995. P 3-7.

BRASIL. Ministério da saúde. SIS Hiperdia – apresentação (internet). Brasil. Ministério da saúde (acesso em 10 janeiro 2013) disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards Age-Friendly Primary Health. Car. Geneva, 2004.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Planilha coleta de dados - Idosos - Novaxls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Mesclar e Centralizar | % 000 | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | AutoSoma | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar

Área de Tran... | Fonte | Alinhamento | Número | Estilo | Células | Edição

A4

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1

Idoso	Nome do Idoso	Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Cor da Pele	Cor dos Olhos	Cor dos Cabelos	Altura (cm)	Peso (kg)	Pressão Arterial (mmHg)	Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Saturação de Oxigênio (%)	Força Muscular (kg)	Equilíbrio Postural (seg)	Capacidade Funcional (min)	Qualidade de Vida (pontos)
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			
51																			
52																			
53																			
54																			
55																			
56																			
57																			
58																			
59																			
60																			
61																			
62																			
63																			
64																			
65																			
66																			
67																			
68																			
69																			
70																			
71																			
72																			
73																			
74																			
75																			
76																			
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			
83																			
84																			
85																			
86																			
87																			
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			
94																			
95																			
96																			
97																			
98																			
99																			
100																			

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Pronto | 30% | 23:10 | 27/08/2015

Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]